THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/contributionletu0015phil

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907 — THÈSE — N° 17

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 28 Février 1907, à 1 heure

PAR

Philippe FOURCADE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

de

L'Aura Epileptique

ET EN PARTICULIER DE

L'AURA PSYCHIQUE

Président : M. RAYMOND, *professeur*

Juges MM. CHANTEMESSE, *professeur*
DUPRÉ, *agrégé*
MÉRY, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
BONVALOT-JOUVE
15, RUE RACINE, 15

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL, BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM, DIEULAFOY, DEBOVE, LANDOUZY
Maladies des enfants	GRANCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU, TERRIER, BERGER, RECLUS
Clinique ophtalmologique	De Lapersonne
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	N..., PINARD
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LEGRY	PROUST
BALTHAZARD	DUPRE	LEGUEU	RENON
BRANCA	DUVAL	LEPAGE	RICHAUD
BEZANÇON	FAURE	MACAIGNE	RIEFFEL, chef
BRINDEAU	GOSSET	MAILLARD	des travaux anat.
BROCA (André)	GOUGET	MARION	TEISSIER
CARNOT	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CLAUDE	LABBE	MERY	VAQUEZ
CUNEO	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH
DEMELIN	LAUNOIS	POTOCKI	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE LE DOCTEUR FOURCADE

ET A MA MÈRE

en témoignage d'affection filiale

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

ET DE MES ONCLES

A MA GRAND'MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR RAYMOND

Professeur à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de la Salpêtrière
Officier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

de

L'AURA ÉPILEPTIQUE

Et en particulier de l'Aura psychique

INTRODUCTION

S'il est une affection fréquente, aux conséquences funestes, autant pour le présent que pour l'avenir du malade, intéressante dans ses manifestations comme dans ses causes et dans ses suites, c'est bien l'épilepsie. Maladie connue dès l'antiquité la plus reculée, elle n'a jamais cessé durant le cours des siècles d'exercer la sagacité des observateurs et des thérapeutes. On s'étonnera peut-être de nous voir, après tant de maîtres et des plus autorisés, tenter audacieusement d'apporter à une maladie, depuis si longtemps connue, tant de fois et de si belle façon décrite, notre faible contribution. Pourtant, il est parmi les manifestations initiales de cette affection un phénomène, non pas constant, mais dont l'im-

portance nous a paru grande à divers points de vue, quand il se présente : nous voulons parler de l'*aura*.

Mais avant d'entrer dans le vif de notre sujet, il nous est très agréable, à la fin de nos études médicales, d'acquitter les dettes de reconnaissance que nous avons contractées auprès de nos maîtres dans les hôpitaux. Les mois de stage, trop courts, hélas ! que nous avons passés dans les services des Drs Chauffard et André Petit, nous ont laissé le souvenir le plus charmant ; car, c'est guidé par eux que nous avons tenté nos premiers pas dans les débuts compliqués de la médecine. Nous avons suivi durant une année à l'Hôtel-Dieu, en qualité d'externe, le service du Dr Lucas-Championnière ; pour les excellents conseils et pour l'intérêt qu'il nous a témoignés, nous le prions d'agréer notre gratitude la plus vive ; nous avons été, l'année suivante, l'externe du Dr Mathieu ; c'est là que nous avons été initié aux problèmes délicats de la pathologie gastrique ; nous n'oublierons pas que nous lui sommes redevable des connaissances que nous avons sur cette matière. Que le Dr Ad. Laffitte daigne agréer l'expression de notre reconnaissant souvenir ; nous le remercions pour les nombreux conseils, pour les mille détails de séméiologie et de thérapeutique médicale, et pour l'intérêt qu'il n'a cessé de nous prodiguer durant l'année que nous eûmes l'heureux avantage de passer dans sa consultation de l'hôpital Andral. Nous avons été durant plus d'une année l'externe du Dr Doléris ; nous lui devons tout ce que nous savons

d'obstétrique et de gynécologie ; nous garderons de son enseignement un souvenir impérissable.

Et nous n'aurions garde d'oublier notre excellent ami, le Dr André Vallet, un ami de longue date, dont l'amitié et le dévouement ne se sont jamais lassés et qui a eu l'amabilité de nous communiquer plusieurs des observations, qui vont suivre. Nous sommes heureux de lui dire ici notre cordiale reconnaissance.

A nos parents, à nos camarades, à nos amis, nous envoyons notre amitié.

Nous avons eu la bonne fortune d'être, depuis plus d'une année, à l'hôpital de l'Institut Pasteur, l'élève des Drs Louis Martin et Veillon. Nous avons contracté envers eux, pour leurs conseils d'abord, et ensuite pour l'intérêt qu'il nous ont témoigné si souvent, des dettes de reconnaissance qu'il nous sera bien difficile d'acquitter ; qu'ils soient persuadés que nous ne les oublierons pas.

Que M. le professeur Raymond, qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider la soutenance de notre thèse, daigne agréer nos plus sincères remerciements.

En entreprenant ce travail, nous n'avons certes pas la prétention d'élucider tous les problèmes que soulève l'interprétation de l'aura épileptique, et en particulier de l'aura psychique, notre but sera seulement d'y contribuer pour notre part, en étudiant l'opinion de nos devanciers les plus autorisés et en apportant, pour cette étude, de nouvelles observations.

Et tout d'abord y a t-il une aura psychique ?

Les avis semblent partagés. Les uns confondent l'aura psychique avec les troubles intellectuels qui précèdent l'attaque ; les autres n'y voient qu'une hallucination, et celle-ci ne se distingue pas des auras sensorielles ; dans certains cas, l'aura psychique peut rentrer dans le cadre de l'épilepsie procursive ; si nous nous rappelons alors les crimes commis par des épileptiques inconscients, nous voyons que cette question peut sortir du domaine de la théorie, pour toucher aux problèmes de médecine légale.

Il nous faut ensuite nous demander les rapports de l'aura avec l'anatomie pathologique : on sait le rôle joué par la sclérose cérébrale, dans la production des attaques ; actuellement la tendance se manifeste de rapprocher l'épilepsie, dite « essentielle », de l'épilepsie partielle, décrite par Bravais et Jackson. Dans cette dernière variété, le rapport n'est pas douteux entre le siège de la lésion et la production de l'aura. Et alors ne pourrait-on pas arriver à déterminer la région de l'écorce cérébrale atteinte, en étudiant le mode de production des auras, et spécialement de l'aura psychique ?

Enfin cette localisation ne peut-elle ouvrir des jours nouveaux sur la question du traitement ? En indiquant la région corticale atteinte, peut-elle permettre au chirurgien d'intervenir ?

Tous les auteurs ne s'accordent pas au sujet de ces moyens audacieux. Et nous pouvons, au moins pour le moment, borner notre ambition. On savait depuis longtemps que la constriction simple du membre,

où débute l'aura, suffit parfois à prévenir l'attaque ; quand cette aura est psychique ou sensorielle, pouvons-nous obtenir, par un moyen aussi simple, un semblable résultat ?

HISTORIQUE

En étudiant les auras dans l'épilepsie, nous n'avons pas à faire la description de cette maladie, connue dès la plus haute antiquité. Nous nous contenterons de rappeler, pour mémoire, qu'à une époque, où les médecins étant en même temps des prêtres, faisaient intervenir la divinité pour expliquer les manifestations morbides, on appelait l'épilepsie *morbus sacer*, mal sacré ; et qu'on suspendait, à Rome, les comices, quand un épileptique avait une crise en public ; d'où encore le nom de « mal comitial ».

Certes la plupart des épileptiques sont des débiles, et la démence sera le lot inévitable d'un bien grand nombre ; des exemples fameux nous prouvent néanmoins qu'on peut observer le contraire ; des grands hommes furent épileptiques : il suffit de nommer Jules César et Napoléon Ier.

Dans la description, qu'il nous a laissée de l'épilepsie, Hippocrate (1), le premier, nous parle de l'aura : « Les patients, qui sont habitués à la maladie, pressentent quand ils vont avoir un accès ; ils fuient

1. Hippocrate. Trad. Littré, t. VI, p. 383.

loin des regards, chez eux si le logis est proche, sinon dans le lieu le plus solitaire. » Et à ce sujet qu'il nous soit permis de dire le cas que ce passage nous rappelle : un malade, que nous connaissons, averti à temps par une violente sensation d'angoisse, peut alors se dérober aux regards, et laisser ignorer à tous le mal, dont il est atteint.

Le mot « aura » vient de Galien ; il signifie « souffle » ; et depuis, il sert à désigner les phénomènes qui précèdent immédiatement l'attaque elle-même. Galien en distingue plusieurs variétés. L'aura est encore signalée par Arétée, par Cœlius Aurelianus. Alexandre de Trolles, décrivant l'aura, cite un malade, qui sent comme un vent froid s'élever de la partie supérieure du pied et gagner le cerveau. Pline, Aulu Gelle chez les Latins ; Rhagès, Avicenne chez les Arabes mentionnent encore l'aura épileptique, mais sans ajouter beaucoup à nos connaissances sur cette question. Arnaud de Villeneuve, au XIII^e^ siècle, rappelle que la constriction des extrémités peut arrêter l'attaque d'épilepsie, quand l'aura l'annonce à temps. Pour arriver à l'époque actuelle, citons les noms de Paracelse, au XVI^e^ siècle, de Jean Jernel, médecin de Marie de Médicis, de Pierre Brescon, qui, le premier, propose une théorie de l'origine réflexe de l'épilepsie et abandonne la théorie des humeurs.

La question des troubles psychiques, qui actuellement nous intéresse particulièrement, est laissée dans l'ombre par les auteurs anciens, et Tissot, au XVIII^e^ siè-

cle, est peut-être le premier qui insiste sur cette question.

Après les noms de Brierre de Boismont, Falret, Trousseau, Lasègue, Brown-Sequard, citons, parmi les modernes les œuvres de Magnan, Joffroy, Raymond, Ballet, Féré, Voisin, Bourneville.

Notre bibliographie donnera la liste des travaux capitaux qui ont trait à l'épilepsie.

Avant d'aborder l'étude de l'aura, rappelons que l'épilepsie est caractérisée par des attaques convulsives ou par des équivalents (épilepsie procursive, vertiges, etc.). Ces phénomènes paroxystiques sont ordinairement annoncés par des prodromes de deux ordres : les uns constitués par des malaises vagues, qui précèdent souvent de plusieurs jours l'éclosion de la crise ; les autres « sont plus intimement liés à l'attaque et sont la traduction extérieure du malaise de la région cérébrale sur laquelle va tout d'abord porter la décharge épileptique » (Magnan). Cette dernière catégorie de prodromes constitue l'aura.

L'aura est consciente ; elle constitue un avertissement dont le malade se rend parfaitement compte, avant le moment où il perd connaissance : c'est la portion consciente de l'attaque (Durand). Les auras font partie intégrante de l'attaque, disent de même Claus et Van der Stricht.

De durée généralement très courte, quelques secondes, les prodromes immédiats peuvent persister beaucoup plus longtemps, et Delasiauve les a vu persister une demi-heure et plus avant l'explosion de l'accès.

DIAGNOSTIC DES AURAS

Nous avons eu déjà l'occasion de le dire, les auras motrice et sensitive étaient depuis bien longtemps connues et admises ; par contre, on connaissait beaucoup moins l'aura psychique, qui avait été peu étudiée. En effet il y a lieu de ne point confondre ce prodrome immédiat, ce début de la crise avec les prodromes éloignés, avec les troubles intellectuels, qui débutent souvent plusieurs jours avant elle.

C'est ainsi que certains malades éprouvent ou manifestent, pendant quelques heures, quelques jours même, de l'irascibilité, de la mobilité, de la tristesse, plus rarement de l'enjouement, une gaieté folle. Ces signes avant-coureurs sont à distinguer de l'aura, qui, celle-ci, est pour ainsi dire immédiate, constituant non plus un simple avertissement, mais bien le premier signe de l'attaque.

Mais l'aura n'est pas simple ; les variétés en sont nombreuses ; et il ne sera pas toujours facile de classer tel ou tel phénomène ou groupe de phénomènes, désigné sous ce nom. Et d'autant moins que très souvent, le plus généralement même, l'aura, chez le même malade, peut se présenter, non pas seulement lors de deux attaques successives, mais bien

encore à l'occasion d'une même attaque, sous une foule de combinaisons diverses.

Dans quelle catégorie, par exemple, nous faudra-t-il ranger ce malade dont parle Norman Henry (1) ; il s'agit d'un homme de 43 ans, qui, avant l'attaque, a une sensation d'hébétude, puis des nausées sans vomissements, et enfin, pendant plusieurs heures, reste hébété et se livre à des actes automatiques. Voici encore ce malade d'Ortali (2), dont la crise débute par une aura sensitive, suivie d'une course à travers la chambre et terminée par une chute ; quelquefois l'aura sensitive était remplacée, chez ce malade, par une aura sensorielle pure (zoopsie). On le voit, dans ces différents cas, les manifestations épileptiques de divers ordres se mêlent chez le même individu.

Deux difficultés se présentent ; il faudra tout d'abord dépister l'épilepsie sous les aspects fort divers qu'elle est susceptible de revêtir ; ensuite ne point donner indistinctement le nom d'aura épileptique, motrice, sensitive, sensorielle ou psychique, à des phénomènes qui ne méritent pas ce qualificatif. Il y a donc là un double écueil à éviter : on ne doit pécher ni par défaut, ni par excès.

Sous le masque de la manie, d'un délire hallucinatoire, d'un délire de persécution, ou d'un délire religieux, on peut retrouver tous les symptômes de

1. *In J. of. mental diseases,* 1899.
2. *Revue neurol.*, 1904, p. 603.

l'épilepsie : début soudain, période d'exitation violente, répétition des mêmes actes, affaiblissement ou perte du souvenir (Agricole).

Nous savons très bien que, chez certains malades, et même chez le même malade, à des étapes diverses de son affection, l'attaque comitiale peut ne point dépasser le stade initial de l'aura. Il faut être bien prévenu de ces cas, de façon à dépister, pour les traiter ensuite, ces accès frustes, qu'il serait facile de confondre avec des phénomènes de même ordre, qu'il est commun d'observer dans d'autres maladies ; il nous suffira de citer, à ce sujet, les impulsions et les hallucinations, qui se manifestent dans l'alcoolisme, la démence précoce, l'hystérie elle-même.

Cela montre à quel point est protéiforme l'attaque épileptique et sous quels aspects variables elle peut se présenter. L'aura n'en constitue-t-elle pas le moment le plus intéressant, puisqu'elle en est pour ainsi dire la partie la plus délicate, la phase la plus variable, celle qui peut nous indiquer la lésion, la substration anatomique, cause de tout le mal ?

L'aura psychique a des adversaires. Dans sa thèse, Durand pense qu'il est toujours possible de faire rentrer l'aura psychique dans les autres variétés d'auras. Nous le répétons, on ne doit faire entrer sous cette dénomination ni les troubles du caractère, ni les modifications intellectuelles, qui souvent amènent la crise, plusieurs jours à l'avance.

Nous avons dit aussi quel rapport étroit pouvait

unir l'aura psychique avec les cas d'automatisme ambulatoire, avec les fugues.

Dans un autre ordre d'idées, il est facile de confondre l'aura psychique avec les sensations d'angoisse, qui parfois précèdent la crise, avec les hallucinations surtout visuelles, qui doivent plutôt entrer dans la classe des auras sensorielles.

Il semble donc que l'on puisse conserver cette subdivision des auras psychiques ; toute pensée, en effet, ne s'accompagne-t-elle pas forcément d'une représentation mentale ? Nous pensons à des choses, qui sont dans le temps et dans l'espace, il est assez naturel que la production d'une idée s'accompagne d'une image, qui la fixe. Mais nous touchons presque au problème quasi-méthaphysique, qui consiste à se demander ce que pourrait bien être l'esprit humain, si nous n'avions eu aucun sens, pour renseigner sur le monde extérieur ?

ETUDE DES AURAS

Les auteurs s'accordent en général à distinguer quatre sortes d'aura : ce sont les auras motrice, sensitive, sensorielle et psychique ; cette classification est due à Delasiauve. On y a joint des auras vasomotrices, thermiques, etc.

Il n'est pas facile de dire au juste quand existe l'aura, et quelle est la fréquence de cette manifestation. En effet, la plupart des malades qu'on étudie dans les asiles ont des troubles intellectuels ; ce sont des débiles, souvent même des déments ; quand on leur demande comment ils sentent venir l'attaque, la plupart se bornent à répondre qu'ils se sentent « tout drôles », qu'ils ont des vertiges quelques jours avant. Quand on les connaît mieux et qu'on les observe depuis longtemps, on peut soi-même prévoir les crises par leur état d'obnubilation, par les modifications de leur caractère, par la lenteur de leurs réponses.

Notre impression, en examinant les cent vingt épileptiques, mis à notre disposition à Ville-Evrard, a été qu'on avait tendance à exagérer la fréquence de l'aura. Sur ce nombre, en effet, c'est à peine si trente-

cinq cas nous ont paru dignes d'être notés. Plusieurs autres malades nous ont indiqué des phénomènes les avertissant de l'approche de leurs crises ; mais leurs dires étaient d'ordinaire trop vagues, pour qu'on puisse décrire ces manifestations d'une façon précise.

Aussi croyons-nous quelque peu exagérés les chiffres donnés par O'Connor, qui, sur 150 épileptiques observés à la Salpêtrière, trouve l'aura dans 78 o/o des cas. Ces 118 auras se répartissent de la façon suivante :

Motrices	19
Sensitives	32
Sensorielles	19
Psychiques	4
Complexes	20
Hystéroïdes	24
Pas d'auras	32

De même Gowers, sur 1000 malades, aurait trouvé 505 auras indiscutables.

Nous croirions plutôt aux chiffres de Etcheverria, qui donne une moyenne de 10 o/o.

Il est également assez délicat de classer les auras d'une façon rigoureuse : l'aura, dans bien des cas est complexe, et on peut se demander si elle entre dans telle ou telle variété d'aura. Voici un de nos malades, K... ; il avait autrefois une aura constituée par une obsession, qui consistait à « avoir dans la tête » l'air : « Ah ! mesdames, voilà le bon fromage, etc. »

Il voyait en même temps un troupeau de chèvres, dont une énorme, qui avançait vers lui, puis tournait à gauche.

En dehors de son côté pittoresque, cette observation est intéressante à plusieurs points de vue, et nous la rapporterons plus loin. Disons tout d'abord qu'elle a quelque analogie avec une observation de Magnan, concernant un militaire, qui, blessé à la tête, voyait au début de sa crise les objets sautiller et prendre des proportions gigantesques ; puis il percevait deux yeux qui s'avançaient en grandissant ; au moment où ils arrivaient jusqu'à lui, il perdait connaissance.

Généralement l'aura reste identique chez le même individu. Cela n'est pas toujours vrai, puisque chez K... cette aura s'est modifiée ; elle a été remplacée par une sensation de gêne, qui prend naissance au niveau d'une ancienne blessure, cet endroit étant devenu un « locus minoris resistentiæ ».

Malgré tout ce qu'il y a d'arbitraire dans toute classification, nous adoptons celle de Delasiauve, qui est d'ailleurs la plus communément admise, en sachant bien qu'il s'agit là seulement d'un cadre fait pour notre commodité, mais dans lequel les faits n'entrent bien souvent qu'avec peine.

Nous abrégerons un peu certaines observations, indiquant seulement la nature de l'aura, afin de permettre qu'on se fasse une idée facile de la modalité clinique et de la fréquence de chacune des modalités de cet intéressant prodrome.

Partons en premier lieu de l'aura motrice. Burlureaux (1) nous dit que le spasme qui accompagne l'aura motrice tend toujours à monter, et considère comme exceptionnel un fait de Th. Bonnet, où l'aura était à la fois montante et descendante. Parmi nos observations, il y a également un cas ou l'aura débute au niveau de l'épaule, puis descend et semble s'enfuir par l'extrémité des doigts. Il n'en est pas moins vrai que dans la grande majorité des cas l'aura se manifeste sous la forme d'une secousse musculaire, d'un tremblement ou d'un spasme, qui, tout d'abord localisé à la périphérie d'un membre, remonte de la main, par exemple, jusqu'à l'épaule. Ce spasme n'est pas toujours unilatéral ; il peut se montrer des deux côtés à la fois et d'une façon symétrique. Il est encore des cas rares où l'aura est constituée non plus par une convulsion spasmodique, mais par une série de mouvements coordonnés. Ces phénomènes moteurs peuvent exister à l'état isolé, ou, plus rarement, s'accompagner de sensations diverses.

Dans l'aura sensitive, nous rangerons les cas où l'aura s'annonce par une sensation spéciale, localisée en un point quelconque des membres ou du tronc, pour de là s'élever vers la tête plus ou moins vite ; c'est tantôt une sensation de froid ou de chaud, tantôt un engourdissement, un picotement, une douleur. Dans quelques cas, la crise débute par une sen-

1. *In Dict. encyc. des Sc. méd.*

sation de constriction au niveau de l'épigastre, sensation analogue à la « boule » des hystériques, que ces malades sentent remonter jusqu'au niveau du cou. Cette aura a vraisemblablement son siège au niveau de l'estomac. Nous avons encore des malades qui se plaignent d'une pénible sensation de serrement au niveau des tempes, etc. Legrand du Saulle (1) nous parle de cette sensation de corps étranger au niveau du creux épigastrique, à l'occasion d'un jeune homme qui, trois ou quatre fois par an, éprouvait dans la région de l'estomac une sensation particulière toujours la même, et qui se sentait ensuite envahi par une sorte de vapeur, impossible à définir ; son intelligence se troublait alors, disparaissait pendant trois jours pendant lesquels le malade faisait des fugues.

Un goût amer dans la bouche constitue une aura sensorielle gustative. Mais quand cette sensation s'accompagne d'un léger vomissement de bile, comme c'est le cas d'un de nos malades, est-ce bien à proprement parler une aura ?

Chez quelques malades, l'attaque épileptique s'annonce par la perception d'odeurs diverses et bizarres, tantôt odeur sulfureuse, odeur de viande pourrie, tantôt, mais exeptionnellement, odeur agréable de divers ordres ; ce sont là autant d'auras sensorielles olfactives.

Certaines fois, le malade perçoit des sifflements, une

---

1. Legrand du Saulle, *Et. méd. lég. sur les épil.*, p. 78.

détonation ; il entend des voix qui l'appellent ou l'injurient (1) ; il y a tantôt hyperacousie douloureuse, tantôt au contraire affaiblissement instantané et transitoire de l'acuité auditive.

L'aura visuelle est de toutes la plus intéressante. Certains malades sont pris brusquement de photophobie, d'autres d'obnubilation de la vue pouvant aller jusqu'à la cécité complète ; quelques-uns voient apparaître devant leurs yeux des scotomes de formes et de couleurs diverses, rouge le plus généralement. Parfois les malades voient les objets plus petits ou plus gros qu'ils ne le sont réellement, ou bien ils les voient s'avancer ou s'éloigner d'un mouvement rapide, ou bien encore grandir démesurément en hauteur ou en largeur. Quelques épileptiques auront une aura visuelle, simplement constituée par de la diplopie. Cette aura visuelle ne devra pas être confondue avec les hallucinations, qui ont lieu au moment où déjà la crise est constituée. On doit réserver l'appellation d'aura visuelle aux visions conscientes, à celles dont le malade garde le souvenir et qui surviennent avant la perte de connaissance. Il est vrai que, dans certains équivalents épileptiques, la crise et constituée toute par ces hallucinations, sans convulsions ni perte de connaisance.

Dans le groupe de ces auras hallucinatoires, il nous paraît intéressant de citer les phénomènes suivants, décrits par Kovalewsky (2) :

1. Cf. Weill. Th. Paris 1899.
2. Kovalewsky, dans son livre *L'Epilepsie*, p. 243.

« Au moment où l'accès de fureur va éclater, les malades ressentent subitement une angoisse et une terreur telles, que le système nerveux en est ébranlé jusque dans ses moindres fibres. Ils ont en même temps une foule d'illusions et d'hallucinations, qui les frappent de terreur. Les malades voient des cadavres, des diables, des gendarmes, des cimetières, une mer de sang, la guillotine ; ils entendent des paroles menaçantes, le son des cloches, un bruit sourd, des cris ; ils sentent une odeur violente, ont l'impression que du feu et de la résine fondue leur brûlent la peau. Toutes ces sensations augmentent encore l'état de terreur et d'angoisse dans lequel ils se trouvent. Les images mentales les plus décousues et les plus absurdes passent en masse par leur esprit. L'association de ces images, la formation de conceptions et le raisonnement ne sont presque pas possibles, vu l'existence de tant d'hallucinations et la succession aussi rapide des images mentales. »

C'est, d'une manière générale, au moment où les malades, voyant s'avancer vers eux ces images hallucinatoires, vont en sentir le contact, que la perte de connaissance se produit. Mais, nous l'avons dit, il n'en est pas toujours ainsi, et toute la crise peut être constituée par ces phénomènes.

Nous arrivons maintenant à l'aura psychique.

Dans les observations de Gowers (1), l'association de l'aura psychique avec des manifestations d'un

1. Gowers. *De l'épilepsie*. Trad. Carrier, p. 94.

ordre différent étaient rares. « L'aura, dit-il, fut psychique dans vingt-cinq cas : une émotion dans dix, une idée dans quinze cas ; les auras émotionnelles, dans tous, revêtirent la forme de la crainte d'une alarme vague ou d'une profonde terreur.

Les associations avec les autres auras étaient rares ; les seules combinaisons étaient avec une sensation dans les jambes et avec la douleur ou d'autres sensations dans la tête ».

Il dit ensuite : « Hughlings-Jackson a attiré l'attention sur l'association accidentelle de cette aura avec une sensation épigastrique ; mais cette association est rare ; je ne l'ai rencontrée que deux fois, la première fois chez une jeune fille de 13 ans, dont tous les accès commençaient par un sentiment de terreur ; quelquefois, avant une attaque, elle courait à travers la chambre avec des regards, exprimant la plus grande terreur ; d'autrefois, elle s'appuyait le dos au mur avec une expression d'effroi, au grand étonnement de ses camarades. Pendant quatre ans, le sentiment de frayeur constitua le seul avertissement ; puis elle eut une attaque où ce sentiment s'associa à une sensation épigastrique.

Chez l'autre malade, les attaques légères étaient marquées par une manifestation de terreur extrême, dont le malade ne se souvenait pas après, et qui était précédée par une vision d'étoiles rouges, ou par une sensation épigastrique.

Nos observations, contrairement à celles de Gowers, nous laisseraient peut-être croire que l'as-

sociation de l'aura psychique avec d'autres auras est plus fréquente.

L'aura psychique est-elle fréquente ? C'est l'avis de Voisin : « Les auras psychiques, dit-il, sont presque aussi fréquentes que les auras sensorielles. » Et il les divise en auras émotionnelles et auras intellectuelles. Elles sont constituées par une excitation soudaine, par une terreur extrême, par des idées mélancoliques, un affaiblissement de la mémoire.

On cite partout le malade de Ch. Féré, qui était pris brusquement, avant chaque accès, d'un doute métaphysique relatif à l'existence de Dieu. « Chaque fois, disait-il, que je pense à Dieu, je suis sûr d'avoir quelque chose. » Voici une observation de Jackson et Purves-Stewart (1) qui, par certains côtés, rappelle ce que nous avons nous-même constaté chez un malade qui voyait de même les gens qu'il avait connus autrefois : « Un médecin de 51 ans, mort d'abcès du cerveau, avait eu plusieurs vertiges avec sensation d'une odeur analogue à celle du camphre et de l'éther ; puis, survenait une aura intellectuelle, consistant en ce qu'il disait, voyait ou faisait des choses, qu'il avait dites, vues, ou faites autrefois ; les personnes et les objets lui paraissaient être dans un grand éloignement. Pendant ces attaques, il avait le regard fixe et comme plein d'horreur. » Disons, en passant, qu'on avait attribué cela à une lésion du lobe temporo-sphénoïdal.

1. Hughlings-Jackson Brain, 1889, page 534. — Purves-Stewart, *Revue neurol.*, 1900, p. 379.

Il nous sera permis de placer à côté de cette observation de Jackson, cette autre, à peu près analogue, due à Ch. Féré. Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans, auquel tout à coup s'impose un souvenir pénible : tantôt celui de sa mère mourante, tantôt celui de son frère rapporté à la maison à la suite de la chute du haut d'un arbre, tantôt celui du garde-champêtre, qui l'a saisi en train de voler des pommes dans un verger. Quand un de ces trois souvenirs survient dans la journée, il se couche par terre, sûr d'avoir une attaque, qui survient en effet.

Les observations de Lévi-Bianchini (1), où la crise débute par un chant, sont à comparer avec celle de notre malade K...

1re Obs. — Malade, H..., 41 ans.

Se met à marcher ; la face se congestionne ; le pouls arrive à 104 pulsations ; puis il commence à chanter d'une façon monotone ; il ne reconnaît plus personne. Le chant dure trois à quatre heures ; dans la journée suivante, surviennent trois à quatre petits accès moteurs.

Plus rarement, le chant est le phénomène terminal.

2e Obs. — F..., 33 ans. Malade depuis une dizaine d'années. Les accès devinrent réguliers et furent annoncés par une période de chant. La malade se couvre la tête de sa jupe, comme d'un capuchon ; puis veut baiser les mains de tous en signe d'attachement ; les yeux brillent ; elle chante des cantiques

1. Lévi-Bianchini. *Revue neurol.*, 1904, p. 970.

avec attitude de prière ; la nuit suivante, survient un accès moteur généralement unique et assez long. Cela se reproduit environ tous les mois.

Montagnini (1) cite également des attaques de chant soudaines, spontanées, survenant à la même heure, et coïncidant souvent avec de grandes attaques motrices.

C'est avec le plus grand intérêt et avec le plus grand profit que nous avons consulté, pour la question qui nous occupe, les *Leçons sur les maladies du système nerveux* du professeur Raymond (2). Nous y avons trouvé quelques observations qui nous serviront à montrer de quelle façon variable se présente, chez les épileptiques, l'aura psychique.

« Voici d'abord une nommée C..., âgée de 42 ans. Cette femme a des attaques de petit mal. A leur approche, elle éprouve un sentiment de bonheur indicible, qu'elle ne sait comment décrire. Elle se sent si bien à ce moment-là qu'elle voudrait en mourir. Cela est d'autant plus curieux, qu'habituellement elle est triste, ennuyée : l'illusion d'un bonheur idéal ne s'empare de son esprit qu'à l'approche d'un vertige. »

« Chez une autre femme, une nommée B..., âgée de 25 ans, les choses se passent d'une façon

---

1. Montagnini. *Revue neurol.*, 1904, p. 241.

2. Raymond. *Leçons sur les mal. du syst. nerv.*, an. 1898-1899, 5e série, p. 110.

tout inverse. B... est avertie de l'approche d'une attaque par une tristesse profonde et sans motif, qui s'empare subitement d'elle. »

« Une autre épileptique, une fillette de 12 ans, nommée B..., se sent envahie, à l'approche de ses attaques, par un sentiment de peur, avec l'idée qu'on va lui faire du mal. Elle n'a aucun souvenir relatif à un événement qui lui aurait inspiré cette idée ; elle prétend y être sujette depuis des années, au début de ses accès de vertige et de ses attaques comitiales. »

« Un phénomène analogue, mais mieux justifié et plus précis, se produit chez une femme de 35 ans, nommée R... Celle-ci, au début de ses accès, éprouve un sentiment de peur ; elle se sent menacée par un homme, qu'elle connaît, qui a été son amant et qui est le père de son enfant. Détail curieux : jamais, dans la vie réelle, R... n'a participé à une scène de ce genre. Pourtant, il y a dix ans, elle a eu à subir des reproches au sujet de son enfant ; c'est à la suite de cette altercation qu'elle a eu sa première attaque ; le délire de l'aura se rapporte aux personnes mises en cause, lors de cette altercation. »

Ce trouble psychique, nous l'avons dit, constitue l'aura, mais peut parfois encore constituer l'équivalent d'une attaque de grand ou de petit mal. Ce trouble, dit le professeur Raymond (1), peut aussi ne

---

1. Raymond, *loc. cit.*

plus porter sur un sentiment, mais sur la perception du monde extérieur.

« Il s'agit d'une jeune fille de 27 ans qui, brusquement, est surprise de ne plus trouver aux choses extérieures leur aspect habituel. C'est bien encore une salle, une maison, des arbres ; mais tout cela est absolument étrange, et en dehors de tout ce qu'elle a jamais vu. »

Ces troubles de la perception extérieure ne sont pas les seuls ; on peut encore observer des troubles de la perception personnelle, des troubles de l'idée et du sentiment de la personnalité.

« Voici, à ce sujet, les exemples d'un homme de 35 ans, qui, en plus d'une lésion de la queue de cheval, présente des attaques d'épilepsie. Au début de ses attaques, il lui arrive de se tourner vers un de ses camarades, et de lui dire, avec un accent de commisération : « Oh ! comme tu deviens pâle ; mais tu es blême, tu vas tomber... » En fait, c'était lui-même qui devenait pâle, blême, et qui tombait. Il attribuait à autrui son propre état. »

« Dans ce même ordre de faits, il faut signaler le cas d'une jeune fille, âgée de 22 ans. Au début de ses attaques elle s'inquiète pour ceux qui l'entourent. « Ce sont, dit-elle, des gens malheureux, on dirait qu'il va leur arriver quelque chose. » C'est elle qui presque aussitôt tombe en attaque. »

« Un cas plus intéressant est celui d'une femme X.., âgée de 30 ans. Celle-ci se figure être une personne, qu'elle contemple ; elle a peur qu'il n'arrive à cette

personne un grave accident. Par exemple, de ses fenêtres, elle regarde un omnibus qui passe dans la rue, elle s'imagine qu'elle veut monter sur l'impériale. Elle sent qu'elle a de la peine à faire cette ascension, que les cahots de la voiture lui font perdre l'équilibre ; elle prévoit qu'un malheur va arriver, qu'elle va tomber de la voiture ; et en effet, elle tombe, mais simplement dans sa chambre. »

Au nombre des auras ou des équivalents psychiques, le professeur Raymond cite les cas, qui consistent en un effort de recherche angoissante et indéfinie. Il cite le cas d'une nommée R..., âgée de 32 ans. « Cette femme déclare que ses accès commencent toujours de la façon suivante : Elle entend prononcer un mot devant elle, et ce mot lui paraît étonnant, incompréhensible ». Le cas aussi d'une autre épileptique, une nommée G... ; « celle-ci se croit comme obligée de chercher à comprendre un mot, qu'il lui semble entendre : elle cherche avec effort et avec angoisse ; et au milieu de ses recherches l'attaque comitiale éclate. »

D'autres cherchent à comprendre, non plus un mot, mais une idée. Ainsi, « le nommé G..., âgé de 25 ans ; « je m'entortille dans mon idée », dit-il, et il reste entortillé de la sorte pendant tout le temps de son vertige ».

« Il en est de même d'un nommé J..., âgé de 17 ans, qui se sent forcé de rechercher un souvenir, et qui y réfléchit avec angoisse. Cette recherche

occupe son esprit, soit au début de l'accès de vertige, soit pendant toute sa durée. »

Extrêmement intéressant est aussi le cas d'un nommé M..., âgé de 21 ans, cas que le docteur Janet avait communiqué à M. le professeur Raymond (1), qui le relate dans ses leçons sur le système nerveux et auxquelles nous venons de faire de larges emprunts.

Il s'agit d'un jeune homme, obsédé par l'idée d'infini ; l'infini dans le temps ou dans l'espace lui inspirait une idée très douloureuse.

Cette recherche de l'infini était bien en rapport avec le mal comitial, puisque le malade eut une crise, en la présence même du Dr Janet.

Il est aussi des manifestations curieuses, au début de l'attaque épileptique, qui, « constituant soit l'aura, soit l'équivalent psychique d'une attaque, peuvent être d'ordre moteur et ressembler encore à de petites convulsions ». Le professeur Raymond (2), à ce sujet, cite le cas d'un jeune homme de 19 ans, épileptique. Les accès, de temps à autre, débutent par des mouvements convulsifs de pharynx ; il fait plusieurs fois de suite un mouvement de déglutition. « Il paraît avaler quelque chose », dit sa mère. Or, c'est à ce moment-là qu'il perd connaissance, n'ayant, quand il revient à lui, aucun souvenir de ce qui s'est passé.

A ce sujet, le professeur Raymond se pose la

---

1. Raymond. *Leçons sur le syst. ner. Loc. cit.*
2. Raymond. *Leç. sur mal. du syst. nerv. Loc. cit.*

question de savoir si c'est parce que ce mouvement de déglutition est moitié conscient, moitié inconscient, qu'on le trouve altéré au cours des émotions de toutes sortes et dans toutes les maladies nerveuses.

Voici un cas à peu près analogue : c'est une femme âgée de vingt-cinq ans, qui est sujette à des attaques, constituées par la succession d'une dizaine de hoquets, que l'on prendrait volontiers pour des hoquets hystériques, s'ils n'étaient immédiatement suivis d'une perte de connaissance brusque.

Voici maintenant certaines manifestations, qui, constituant l'aura psychique du mal comitial, peuvent être d'ordre sensoriel. Tel est le cas d'une nommée Ch..., âgée de 36 ans. Son aura est singulière ; c'est la sensation d'une faim dévorante ; il lui semble tout d'un coup qu'elle ne pourra jamais apaiser sa fringale.

Une autre, la femme C..., âgée de 30 ans, dont l'aura présente de curieux caractères ; elle est constituée quelquefois par des sensations génitales.

Mais, ainsi que nous l'avons dit, l'aura ou l'équivalent psychique se traduit plus souvent par des sentiments que par des sensations.

On a divisé les auras psychiques en auras émotionnelles et auras intellectuelles. Mais, dit Ch. Féré, au fond c'est l'état émotionnel qui domine la situation.

Tantôt l'accès est annoncé par un état mélancolique, qui s'établit graduellement, et où quelquefois

on signale les idées de pertes, d'indignité, rarement des idées de suicide. Tantôt la dépression se produit brusquement, sous forme de terreurs par exemple. Des fois, l'état émotionnel est déterminé par une circonstance analogue à celle qui a provoqué la première attaque. C'est le cas d'un malade de Ch. Féré, qui, pris la première fois après avoir eu peur d'un chien, tombait chaque fois qu'il entendait aboyer un de ces animaux.

Il arrive aussi que la dépression prémonitoire se traduise par un ralentissement général des fonctions intellectuelles : le malade comprend plus difficilement ce qu'on lui dit, ou sa mémoire est plus ou moins obnubilée. Dans d'autres cas, il existe une excitation, qui va de la simple suractivité des fonctions psychiques jusqu'à l'état maniaque. Etcheverria cite un épileptique imbécile, qui, la veille de l'attaque, montrait une remarquable lucidité et une intelligence, qui s'évanouissait après le paroxysme. D'autres fois, l'excitation se manifeste par des impulsions irrésistibles plus ou moins violentes : les malades font des fugues, commettent des actes bizarres ou inconvenants, qui se terminent ou sont interrompus par l'attaque. Souvent tout se borne à un état de turbulence inaccoutumé : le malade devient querelleur, soupçonneux, furette partout, ouvrant et fermant les portes, les tiroirs.

Ch. Féré cite le cas d'un jeune garçon qui éprouve une modification pénible des sentiments affectifs ; il sent tout à coup de la répulsion pour les personnes

et les objets, qui lui sont chers, et inversement, répulsion dont il se rend un compte exact, puisqu'il la traduit par ce mot : « je change de cœur. »

Hughlings Jackson n'a pas insisté seulement sur cette forme particulière d'aura intellectuelle, qui consiste en une réminiscence brusque et fugitive de quelque événement antérieur de l'existence, mais encore sur ces cas, dans lespuels l'attaque est précédée d'un état de rêve (dreamy state).

Dans une observation rapportée par lui et par Beevor, le malade croyait voir une petite femme noire qui marchait rapidement dans une cuisine.

On peut rapprocher de cet état de rêve l'ancienne observation rapportée par Peyroux : il s'agissait d'un épileptique qui craignait d'être écrasé par un char arrivant sur lui à fond de train et dans lequel se trouvait un petit homme, coiffé d'un bonnet rouge.

Un malade de Ch. Féré raconte que souvent il a dans la journée des réminiscences subites des rêves de la nuit précédente ; souvent ces réminiscences sont suivies d'accès.

Mais ce ne sont point là toutes les modalités de l'aura psychique de l'épileptique.

En effet, il est des fois où cette aura est constituée par une sensation de vertige, dans lequel le malade a tantôt la sensation que c'est lui-même qui se déplace, tantôt que ce sont les objets extérieurs.

Beevor admet alors que, lorsque la sensation se produit vers la gauche, la chute a lieu à gauche ;

quand elle se produit vers la droite, c'est le contraire.

Notre malade K..., interrogé à ce sujet, et chez lequel la sensation se produit vers la gauche, nous a dit tomber en général sur le dos.

Parmi les phénomènes de l'aura, il faut citer encore les troubles du langage, qui tiennent à la fois des troubles moteurs, sensitifs et psychiques.

Quelquefois c'est un bégaiement, une répétition de mots, de la paraphasie ou de l'aphonie motrice plus ou moins complète. Dans d'autres cas, les malades prêtent l'oreille au bruit, mais ne paraissent pas comprendre la signification des mots.

Burlureaux prétend que les malades conservent le souvenir de l'aura motrice ou sensitive, mais qu'ils perdent le souvenir des hallucinations de l'aura psychique et des actes accomplis sous son influence. Mais alors s'agit-il bien d'une aura, et n'a-t-on pas bien plutôt affaire aux hallucinations de la crise déjà constituée ? A ce sujet, Ch. Féré a écrit la phrase suivante : « Il arrive que les malades perdent le souvenir de l'aura psychique. » A son avis, ce n'est pas là une preuve que les actes, exécutés pendant l'aura, étaient inconscients au moment où ils se produisaient : « L'ictus épileptique, dit-il, détermine quelquefois, comme le choc traumatique ou le choc émotionnel, des amnésies rétroactives, c'est-à-dire que la perte du souvenir comprend une certaine période antérieure à l'accès.

Tels sont les modes divers, sous lesquels se pré-

sente l'aura épileptique et plus particulièrement l'aura psychique.

Il était intéressant de savoir quel était l'état de la température et du pouls, au moment où se produisent ces divers phénomènes. Bewan-Lewis l'a recherché ; il a vu que l'exagération anormale de l'activité cérébrale se manifeste longtemps avant l'accès par une élévation constante et progressive de la température centrale, qui arrive à son acuité immédiatement avant l'attaque.

Nous avons pris la température d'un certain nombre de malades au moment de l'aura. Ainsi que Ch. Féré, nous n'avons jamais pu constater qu'une élévation légère de la température rectale, élévation qui n'a jamais guère dépassé 1 degré.

D'après Voisin, la température des membres qui sont le siège de l'aura serait toujours de 4 à 5 degrés plus élevée qu'à l'état normal. Ch. Féré a constaté aussi cette élévation de température au siège de l'aura mais elle n'a jamais dépassé 1 ou 2 degrés au maximum. Remarquons ici que certains malades, au commencement de l'attaque, ont une sensation de brûlure ; c'était le cas d'un malade de Russell ; ce malade croyait que sa manche avait pris feu.

Chez quelques malades, la fréquence des battements cardiaques s'accroît un certain temps avant l'atttaque ; des palpitations se produisent, s'accompagnant d'anxiété précordiale, parfois avec douleur dans le bras gauche, comme dans l'angine de poitrine.

Enfin, quand on peut assister aux manifestations

de l'aura il est possible, au moyen du sphygmomanomètre, de constater l'augmentation de pression dans la radiale.

On n'ignore pas que cette particularité a été également observée par M. François Franck, dans ses recherches expérimentales sur l'épilepsie d'origine corticale.

Ces faits ont, à notre avis, une réelle importance : ils viennent à l'appui de l'opinion, exprimée par Axenfeld, que l'aura n'est et ne peut être que l'expression d'un travail morbide central : elle est comme le dit Féré, le symptôme et non le prodrome réel d'une souffrance encéphalique, perçue comme si elle avait lieu à la périphérie ; d'après cet auteur, les auras périphériques ne sont que l'écho lointain d'un état pathologique des centres nerveux.

C'est par là que l'étude des auras épileptiques acquiert un intérêt capital, au point de vue de la localisation, dans les centres des lésions présumées ou réelles, causes de l'épilepsie (Hughlings-Jackson) (1).

Nous citerons ici le passage suivant, écrit par Maurice de Fleury (2). Les auras psychiques ont un intérêt considérable, puisqu'elles contribuent à montrer le rôle capital de l'écorce cérébrale dans la production des phénomènes épileptiques. Elles consistent en tristesses, en dépressions subites ou accès de

1. Hughlings-Jackson. Brain, 1888, vol. XI, p. 179.

2. M. de Fleury. *Manuel pour l'ét. des mal. du syst. nerv.* p. 874.

terreur, en des souvenirs persistants d'un événement souvent lointain, en paramnésie ; il peut y avoir des troubles mentaux, du délire pré-épileptique ».

Falret pense que l'image qui se présente pendant l'aura psychique n'est que la reproduction de l'idée ou de la sensation, qui ont provoqué la première attaque épileptique. Nous avons cité à cet égard l'observation intéressante du professeur Raymond, concernant la femme R..., dont le délire de l'aura se rapporte aux personnes mises en cause lors de l'altercation, qui amena la première attaque comitiale.

Nous nous permettrons donc de ne point être de l'avis de Burlureaux, qui n'admet point l'opinion de Falret.

Tels sont les auras épileptiques ; leur étude nous a appris leur importance ; nous avons vu leurs modalités diverses ; nous avons dit que l'aura représente non pas un phénomène isolé, avant-coureur de l'attaque, mais bien le commencement de cette attaque même, et nous avons admis avec Hughlings-Jackson, leur intérêt capital au point de vue de la localisation des lésions, causes de l'épilepsie. Nous verrons, par la suite, la nécessité pour le médecin légiste de leur connaissance exacte.

PATHOGÉNIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans les cas d'épilepsie partielle, le siège de l'aura est en rapport direct avec la lésion, qui provoque les convulsions. Ce rapport est moins bien connu en ce qui concerne l'épilepsie généralisée.

Il nous est pourtant permis de croire qu'il doit y avoir une relation, dans les cas du moins où l'aura est invariable. Cette question se rattache à celle des crises épileptiques que provoque la présence d'un corps étranger dans une cavité quelconque de l'organisme.

On trouvera à l'article « épilepsie » du dictionnaire encyclopédique une série d'observations, dans lesquelles le siège de l'aura était en rapport avec une lésion de la région motrice de l'écorce cérébrale : aujourd'hui ces localisations sont connues de tous.

Dans l'observation de Hughlings-Jackson et de Purves-Stewart, concernant un médecin de 51 ans, on trouva, à l'autopsie, une lésion du lobe temporo-sphénoïdal. Bianchini, dont nous avons précédemment rapporté deux observations, fait remarquer, à ce sujet, que l'aura, chez les deux malades, précède l'attaque, et ne la remplace pas. Cette aura semble

représenter une excitation immédiate, durable et centrifuge, ayant son o.igine dans l'écorce, puis se projettant sur les centres de la hypoglosse et sur les centres moteurs des muscles de la gorge.

On tend, avons-nons dit, à rapprocher l'épilepsie généralisée de l'épilepsie partielle. En effet, si les localisations cérébrales sont aujourd'hui admises, sinon par tous les auteurs du moins par leur majorité, il ne faut pas oublier que nous ignorons encore les conditions et les lois des irradiations irritatives, ainsi que le faisaient déjà remarquer Charcot et Pitres.

Un grand nombre d'observations seront encore nécessaires pour établir les relations qui existent entre les auras et les lésions du système nerveux central ; les lésions microscopiques ont d'ailleurs une histoire relativement récente ; et il n'est pas possible d'établir pour le moment des lois précises.

Maisonneuve, Portal, Delasiauve admettaient l'origine périphérique des auras. Mais à l'heure actuelle on tend à admettre la théorie centrale, soutenue par Axenfeld. Si l'aura est périphérique, l'épilepsie n'en est pas moins centrale (Clauss et Van der Stricht).

Hitzig, par l'électrisation d'un point limité de l'écorce, produisait des spasmes, limités d'abord à un segment de membre, et ensuite une généralisation des phénomènes convulsifs.

Magnan, au moyen de l'absinthe, détermine une attaque épileptiforme, d'abord limitée aux muscles de la face.

Quand on étudie un épileptique, il est important de rechercher attentivement les malformations qu'il peut présenter, congénitales ou acquises, cicatrices, exostoses des os du crâne, asymétrie, etc.

Dans bien des cas, l'origine traumatique de l'épilepsie essentielle est indubitable. Ces cas de transition seront d'une étude particulièrement intéressante. Nous rapportons plus loin les observations de plusieurs malades, dans l'histoire desquels le traumatisme a joué un rôle important.

Que faudra-t-il rechercher à l'autopsie d'un épileptique ? Deux ordres de lésions :

D'abord, les lésions macroscopiques, liées à la sclérose d'un territoire plus ou moins étendu de l'écorce cérébrale ;

Ensuite les lésions plus fines, microscopiques, liées à une intoxication des éléments nerveux, qui serait due suivant les cas à des poisons endogènes ou exogènes.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

D..., journalier, 43 ans.

Malade depuis l'âge de 27 ans.

Manifestations convulsives et délirantes.

Alcoolisme.

Hérédité : consanguinité, surdi-mutité de plusieurs ascendants maternels.

La veille de sa première crise, était allé faire une partie de carte avec un dompteur, dans la cage aux lions.

La crise s'annonce par un trouble dans les idées ; il croit entendre dire ce qu'on lui avait déjà dit au moment a crise précédente, mais il ne peut le répéter.

Ce malade a aussi des bourdonnements d'oreille (pas d'écoulement).

ORSERVATION II

C..., 33 ans, journalier.

Débilité, épilepsie, strabisme.

Première crise à l'âge de 15 ans, le lendemain d'un terrible incendie.

Après une chute, le nombre des attaques et leur intensité auraient plutôt diminué.

L'aura consiste en une sensation de goût amer, avec faiblesse dans les jambes.

OBSERVATION III

T..., 35 ans, ouvrier.

Pris pour un simulateur au régiment.

Tentative de suicide.

Quand il était jeune, les crises lui donnaient la sensation d'un rêve plutôt agréable.

Au début de la crise, il a la sensation de devenir une autre personne.

Il lui suffit parfois de vouloir, pour arrêter le progrès du mal.

OBSERVATION IV

M..., 35 ans, garçon de café.

Interné en 1897 et 1901.

Absinthisme. Idées délirantes.

Début de la crise par : malaises, parfois vertiges ; idées de grandeur ; souvenirs anciens qui reviennent.

OBSERVATION V

F..., 23 ans.

Convulsions étant jeune (à la suite d'une peur, dit le malade).

Les crises débutent par une crainte iraisonnée avec faiblesse.

(Certains symptômes : affaiblissement psychique, embarras

de la parole, avaient fait penser à un début de paralysie générale, mais à l'heure actuelle, la parole est normale, les pupilles larges, les réflexes normaux).

OBSERVATION VI

D..., 44 ans, serrurier.

A été en Afrique.

A une sœur qui est mère de douze enfants.

Convulsions dans l'enfance.

Première crise au régiment, pendant un repas, au retour d'un congé de convalescence.

Avant la crise : sensation de boule épigastrique qui remonte.

Chute brusque avec cri.

OBSERVATION VII

M..., 24 ans, boulanger.

Epilepsie, alcoolisme, impulsions violentes, léger bégaiement.

Attribue sa première crise à une brimade, à l'âge de 8 ans.

Aura : crampe dans le bras droit et malaise au niveau de l'estomac.

Peut faire avorter sa crise, en s'asseyant.

OBSERVATION VIII

W..., 25 ans, ébéniste.

Débile : convulsions dans l'enfance.

Au début de la crise : douleur épigastrique vive.

Souffre continuellement de l'estomac, dit-il.

Certificat d'entrée en 1893 : « mal comitial, auras le plus souvent sensorielles, attaques convulsives durant cinq minutes avec délire consécutif, pendant lequel il entre chez les voisins, et se livre à de véritables actes de violence. »

Signé : Voisin.

OBSERVATION IX

G..., 36 ans.

Au début de la crise, sensation d'oppression au niveau de la région épigastrique.

OBSERVATION X

F..., 34 ans, chaudronnier.

Convulsions dans l'enfance.

Au début de l'attaque : sensation de boule qui tremble au niveau de l'estomac.

OBSERVATION XI

G..., 32 ans, tonnelier.

Hérédité alcoolique, masturbation.

Début : sensation de boule qui remonte.

Puis, perte de connaissance.

OBSERVATION XII

B..., 37 ans, employé.

Sœur nerveuse, frère paralytique.

Début : sensation de boule qui remonte.

Parfois diplopie.

A entendu des voix impérieuses ou injurieuses ; ne croit plus à leur réalité.

OBSERVATION XIII

V... F., 47 ans, menuisier.

Convulsions dans l'enfance.

Traumatisme en 1878.

Cousine internée, un de ses frères avait des convulsions.

La crise débute par un fourmillement dans la pointe des pieds, et « ça remonte. »

Depuis quelque temps, il avait une aura psychique : il voyait d'anciens amis et causait avec eux.

V... est mort de pneumonie double.

OBSERVATION XIV

C..., 24 ans.

Pressé par un camion, il perd connaissance pendant cinq minutes, et est conduit chez un pharmacien.

Première crise deux mois après : il aurait même eu une « crise de nerfs » en quittant la pharmacie.

Depuis cet accident, il est devenu scoliotique : le traumatisme a porté principalement au niveau du foie.

Au début, C... tombait brusquement : puis, durant deux ans, il eut une douleur dans le bras droit, un frisson, qui constituait l'aura.

En ce moment, les crises sont simplement précédées d'un éblouissement.

OBSERVATION XV

D..., 23 ans.

« Epilepsie précédée d'aura et suivie de troubles délirants et d'hallucination ». Joffroy.

Sent venir des crises par un chatouillement au niveau du poignet. Peut les arrêter en se serrant à ce niveau.

Il sent aussi comme une piqûre électrique au cou.

Depuis cinq ans, perd connaissance ; amnésie, se mord la langue.

Reste conscient seulement pendant la première partie de son attaque.

OBSERVATION XVI

I..., 51 ans, facteur d'orgues.

Affaiblissement intellectuel : hallucinations, épilepsie.

Malade depuis l'âge de 38 ans.

Les crises débutent par un éblouissement, amnésie.

OBSERVATION XVII

C..., né en 1869.

Débile.

Attaques rares, perd connaissance, se mord la langue, amnésie.

Aura, sensation de striction aux tempes.

OBSERVATION XVIII

R..., 60 ans, vannier.

Alcool, syphilis, hallucinations, épilepsie.

Aura : crampes dans les mains, sensation de froid et douleur d'estomac.

OBSERVATION XIX

P..., 24 ans.

Débile, hémiplégie infantile droite, épilepsie.

Début de la crise par douleur dans le bras droit.

OBSERVATION XX

P..., 26 ans.

Epilepsie à l'âge de 17 ans.

Aura : secousses dans le bras.

Les attaques sont suivies de délire.

Pas d'antécédents notables.

OBSERVATION XXI

M.... 26 ans, fondeur.

Epilepsie, dont le début remonte à 6 ans.

Sait à peine compter.

Aura : sensation de striction à la tête, parfois tremblement et raideur des doigts.

OBSERVATION XXII

H..., 38 ans, employé.

Asymétrie faciale, épilepsie.

Inégalité pupillaire, état mental dangereux.

A une fille, sujette à des crises de somnambulisme.

Aura : tremblement dans les mains.

Ne peut faire avorter sa crise.

OBSERVATION XXIII

F..., 17 ans, groom.

Epilepsie depuis l'âge de 7 ans.

Sent venir la crise par un éblouissement, un étourdissement des fourmillements dans tout le corps.

OBSERVATION XXIV

C..., 32 ans.

Débile, frère épileptique et voleur.

Tuberculeux.

La crise débute par des secousses, des soubresauts.

Trois ou quatre jours avant, il a des pertes séminales, des scintillements dans l'œil gauche.

OBSERVATION XXV

B..., 23 ans, découpeur.

Manifestations délirantes et convulsives à 17 ans.

Début de l'attaque par tremblements.

OBSERVATION XXVI

C..., 34 ans, homme de peine.

Mère choréique.

La crise débute par un engourdissement du bras gauche au niveau de l'épaule, puis cet engourdissement descend et semble s'enfuir par les doigts.

OBSERVATION XXVII

D..., 30 ans.

Imbécillité, perversion.

Malade à l'âge de 7 ans.

Aura : secousses dans le bras.

OBSERVATION XXVIII

F..., 34 ans.

Débile, épileptique, otite double.

Aura : douleur remontant à partir des doigts et des orteils.

OBSERVATION XXIX

M..., 30 ans.

A 12 ans, en dénichant un nid, y a trouvé une couleuvre ; il est tombé et attribue sa maladie à « l'émotion ». Mais le premier accès n'a eu lieu qu'à 17 ans.

Aura : parésie de la jambe droite, précédant la crise de vingt-quatre heures et plus.

OBSERVATION XXX

(Observation due à l'obligeance de mon ami le Dr Vallet).

K..,, homme de peine, 37 ans.

A l'asile de Ville-Evrard, depuis le 8 janvier 1901.

Ne se connaît pas d'antécédents héréditaires.

A eu des convulsions dans son enfance, ainsi que de l'incontinence nocturne d'urine.

« Méningite » dans l'enfance (?).

Mordu au menton par un chien en 1882.

En 1892, tombé du haut d'une échelle, il a une forte contusion sur le côté gauche.

Il avait alors des attaques, mais ce n'est pas dans un vertige qu'il est tombé.

En ce moment, les crises seraient moins fréquentes.

C'est à l'âge de 20 ans, en 1889, qu'il commence à avoir de véritables crises. Celles-ci débutaient de la façon suivante : Il entendait chanter l'air connu : « Ah ! mesdames, voilà du bon fromage, il est du pays de celui qui l'a fait, etc. », ou bien il

le chantait lui-même. Il voyait alors venir vers lui un troupeau de chèvres ; puis du groupe se détachait une bête, de plus grande taille que les autres, et au moment où celle-ci se tournait à gauche, le malade perdait connaissance. En ce moment on peut lui parler de chèvres, sans provoquer de crises ; l'attaque s'annonce seulement par quelque chose d'anormal, siégeant au niveau de l'ancienne blessure : c'est un point de côté avec angoisse, survenant parfois plusieurs jours avant la crise comitale.

OBSERVATION XXXI

A..., 22 ans, journalier.

Entre à l'asile de Ville-Evrard le 2 juin 1906. En est sorti à l'heure actuelle.

Est sujet à des crises d'épilepsie, survenant chaque mois, et suivies de vertiges et de troubles intellectuels.

Présente stigmates de dégénérescence (lobule de l'oreille adhérent).

A... attribue son mal à une frayeur : réveillé en sursaut, il a eu sa première attaque la même nuit.

La crise s'annonce par une douleur dans l'angle interne de l'œil ; d'abord, il voit tout tourner autour de lui, puis il perd connaissance, et ne se rappelle ensuite que d'avoir été malade. Il ne se blesse pas, ne se mord pas la langue, ne perd pas ses urines.

Pas d'antécédents à noter, sinon quelques excès de vin.

Les crises ont lieu tous les mois et demi environ.

OBSERVATION XXXII

C..., 25 ans. Entré à Ville-Evrard le 19 mai 1905.

Début de l'épilepsie dans l'enfance.

Le malade, ayant eu le pied écrasé à l'âge de 8 ans, les crises auraient augmenté dès cette époque. Il a eu parfois des fugues de deux ou trois heures.

Au début de la crise, le malade sent un fourmillement dans les mains, tantôt dans la gauche, tantôt dans la droite ; puis, sa vue s'obscurcit, mais seulement quand la crise est intense. Souvent au début de la crise, le malade a un goût amer dans la bouche et rend de la bile.

Actuellement, crise tous les mois environ, perte de connaissance et amnésie ; pas d'incontinence ; se blesse quelquefois et se mord la langue

Dès l'âge de 5 ans, on donnait chaque jour à ce malade une tasse de café, contenant une bonne part d'eau-de-vie.

OBSERVATION XXXIII

D..., 18 ans, menuisier. Entré à Ville-Evrard le 27 décembre 1904.

Ce malade est considéré comme un épileptique, capable de violences et d'actes impulsifs, il est sujet à des hallucinations de l'ouïe, de l'odorat et de la vue ; il a parfois des tendances au suicide.

Sa mère aurait eu des crises (?), à l'âge de 20 ans. A l'âge de 9 ou 10 ans, D... fait une chute sur la tête, il en est résulté une exostose légère au niveau de l'occipital.

Les crises commencèrent peu de temps après ; mais déjà étant enfant, le malade avait de l'incontinence nocturne d'urine,

Quand la crise débute, le malade éprouve une frayeur vague, et a parfois dans la bouche un goût très amer.

OBSERVATION XXXIV

L..., serrurier, 31 ans.

Entré à Ville-Evrard le 26 mars 1906.

Les certificats signés, Boucherie, Dagonet, Legras et Magnan, indiquent une épilepsie, avec vertiges et troubles intellectuels consécutifs.

Impulsions morbides.

Alcoolisme héréditaire et personnel.

Ce malade attribue le début de son affection à la peur d'un incendie, à l'âge de 12 ans ; la première crise n'aurait eu lieu que deux ou trois mois après cette émotion.

Les crises ont surtout lieu le matin ; elles s'annoncent quelques jours auparavant par un engourdissement du pouce gauche et des sueurs. Au moment où l'attaque se produit, le malade voit ce qu'il fait, il s'en souvient, ne présente pas d'écume à la bouche mais se mord parfois la langue , il souffre de la tête après sa crise.

OBSERVATION XXXV

P..., sabotier, 27 ans, entré à Ville-Évrard le 4 février 1907 avec un certificat ainsi conçu : « Débilité mentale, accès convulsifs paraissant être d'origine épileptique.

Aura. Automatisme. Enfant naturel abandonné par la mère et élevé par l'Assistance publique. Condamné à trois mois de prison pour vol d'une montre. Acquitté en appel après rapport de MM. les Drs Blin et Legras.

Début : Attaqué dans une forêt la nuit par deux individus.

Première attaque quinze jours après.

Pas d'antécédents personnels qui puissent intéresser.

Aura : voit au début de ses crises des monuments (églises, écoles, des villes qu'il a visitées), ou bien des personnes qui lui disent de se tenir tranquille.

Au cours des crises il se met à marcher et fait des actes inconscients (vol de la montre).

OBSERVATION XXXVI

(Voir Th. de Durand, 1896, p. 59).

G..., 30 ans, valet de chambre.

Entre à l'asile de Ville-Evrard en 1899.

Les certificats, signés Magnan, Legras, Garnier, Marchand et Dagonet, indiquent que ce malade est atteint de dégénérescence mentale.

Il présente des stigmates de dégénérescence.

C'est un épileptique, qui, après ses attaques, est inconscient; il fait alors des fugues, au cours desquelles il se livre à des excès alcooliques et rentre chez lui armé de couteaux et de revolvers.

G... raconte qu'à l'âge de 6 ans il est tombé d'un arbre, en dénichant un nid, et a perdu connaissance pendant dix minutes; mais la première attaque n'aurait eu lieu qu'à l'âge de 12 ans.

Les crises commencent par des crachements, avec sensation d'amertume dans la bouche et vision d'une boule de feu.

Actuellement, ce malade a encore, avant ses crises, pendant deux ou trois jours, des maux de tête et des visions d'étincelles.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

L'existence de l'aura n'aurait-elle pour résultat, que de prévenir le malade de l'imminence de sa crise, cela ne serait pas négligeable. C'est qu'il n'est pas indifférent pour l'épileptique de pouvoir choisir l'endroit où il tombe, et d'éviter ainsi jusqu'à un certain point les blessures parfois graves, auxquelles tant d'autres malheureux sont exposés.

De plus Ch. Féré prétend que les malades, chez lesquels on observe une aura, guérissent avec plus de facilité que les autres.

Les cas, dans lesquels on peut faire avorter l'attaque par une pression ou par une constriction, pratiquées à temps au niveau du siège de l'aura, sont bien connus et nous en avons cité quelques exemples. Mais il est à craindre que, variant avec chaque individu et seulement connus par l'expérience personnelle de chacun, ils ne puissent sortir du domaine de l'empirisme.

S'il faut en croire Legrand du Saulle, la médication bromurée supprimerait les auras psychiques : les malades tomberaient alors sans avertissement.

Notre intention n'est pas de nous étendre longue-

ment sur l'emploi de l'éther, ou du bromure d'éthyle en injection, pas plus d'ailleurs que sur les injections de morphine.

Au point de vue thérapeutique, la possibilité d'une intervention chirurgicale nous paraît être le côté de la question de beaucoup le plus intéressant. Serait-il possible d'intervenir d'une façon scientifique et rationnelle, comme cela a eu lieu déjà dans les cas d'épilepsie partielle ? Nous avons dit l'intérêt qui s'attache au rôle joué par le traumatisme dans la genèse de l'épilepsie ; nous avons montré ce rôle du traumatisme dans quelques-unes des observations qui précèdent. C'est que, dans ce cas, il sera peut-être possible de mieux suivre l'évolution de la maladie. Mais ces questions ont besoin, pour être élucidées, d'une grande expérience ; et il ne nous appartient pas de les trancher. Il serait désirable d'observer d'abord à loisir les malades atteints d'épilepsie avec aura ; à leur mort, l'autopsie pourrait nous indiquer la lésion dont ils étaient porteurs ; plus tard, étant donnés des cas semblables, une opération pourrait être tentée, après laquelle serait nécessaire une nouvelle période d'observation de plusieurs années, afin de juger le résultat obtenu.

La question de l'intervention chirurgicale dans l'épilepsie, un moment oubliée, semble actuellement revenir à l'ordre du jour. Bientôt sans doute des voix autorisées l'éclaireront d'une lumière nouvelle. Puissent des horizons nouveaux s'ouvrir à la thérapeutique de l'épilepsie !

ETUDE DE L'AURA AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL

Nous sommes arrivés à une question de haute importance : « L'aura psychique affecte-t-elle des rapports étroits avec l'impulsion épileptique ? Peut-elle être cause de crimes ? » Qu'est-ce donc que l'impulsion épileptique ? C'est cet état du malade, caractérisé par la disparition momentanée et soudaine de la conscience, état dans lequel le malheureux se livre à des actes, tantôt simplement bizarres, tantôt monstrueux et horribles.

L'impulsion n'est point le délire ; elle en diffère par une durée plus courte, par une diffusion moindre du désordre intellectuel, qui ne se manifeste guère que par un acte unique, et non par une série d'actes incohérents.

Il est vrai que le plus souvent l'impulsion se manifeste après l'accès comitial ; mais il est des cas, nombreux aussi, où l'impulsion le précède. Elle éclate alors soudainement, ou précédée d'une aura. Elle se traduit par un acte immédiat, accompli sans dissimulation et sans précaution aucune. S'il s'agit d'un homicide, il est souvent perpétré avec une vio-

lence inouïe : les coups sont multipliés inutilement, le meurtrier s'acharne après sa victime.

A ce sujet, Vibert (1) cite l'histoire d'un jeune homme, réformé pour épilepsie à grandes attaques, et qui, attablé un jour dans un cabaret, se lève brusquement, saisit une petite fille, qu'il ne connaissait pas, et lui heurte violemment la tête contre le sol à plusieurs reprises. Incarcéré à la suite de ce fait, le malade se jette un jour tout d'un coup sur son gardien. Revenu à lui, il ne conservait aucun souvenir de ces actes.

L'impulsion n'est pas toujours homicide ; elle peut encore avoir pour conséquence l'accomplissement d'autres crimes ou délits, ou d'actes, qui ne portent à autrui le moindre dommage. Voici entre autres, quelques faits :

Legrand du Saulle raconte : qu'une demoiselle épileptique, ayant toujours vécu dans un milieu distingué, fait tout d'un coup entendre quelques paroles grossièrement lubriques, relève ses jupes et essaie de déchirer son pantalon ; qu'un savant, tout d'un coup, s'interrompt dans ses études pour défaire et refaire son lit ; qu'un homme bien vêtu, ayant de quoi vivre, demande soudainement, pendant un quart d'heure à vingt minutes, l'aumône aux passants ; fait qui se reproduit une fois par mois environ.

On observe quelquefois des impulsions en tout semblables à celles de l'épilepsie, et qui néanmoins

---

1. Vibert. *Médecine légale*, p. 698.

ont pour auteurs des individus, chez lesquels il est impossible de retrouver là moindre trace de cette affection. Les circonstances, dans lequelles l'acte est accompli, les caractères de l'impulsion sont tellement identiques, que certains auteurs ont été amenés à admettre une forme d'épilepsie larvée, ne se manifestant que par les désordres psychiques de la névrose, désordres qui apparaîtraient à intervalles plus ou moins réguliers. Ces désordres psychiques ne sont point à confondre avec l'état mental habituel et permanent de l'épileptique. Tout épileptique, dit Voisin, est original, fantasque, difficile à vivre, et peut, à un certain moment et sans qu'on puisse le prévoir, commettre des actes irrésistibles, de cause hallucinatoire et de nature dangereuse. Etant dominés par une irritabilité excessive, ils ont des sensations trop vives, qui faussent leur jugement, et les empêchent d'apprécier sainement les actes et les paroles ; il y a sous ce rapport, chez eux, absence d'équilibre, qui les rend insupportables dans leur famille et dans la société. »

Il est impossible de ne pas dire un mot, à cette place, du délire épileptique. Ce délire, en effet, se rattache d'une façon graduelle, d'une part, aux impulsions, qui n'en sont qu'une variété, d'autre part, aux modifications de l'état mental, qui précèdent souvent l'attaque, sans constituer un véritable délire.

De même que l'impulsion, le délire peut survenir immédiatement avant l'attaque. Celle-ci peut être ébauchée, incomplète ; le vertige et l'absence peuvent

eux-mêmes être difficiles à apprécier, ou passer inaperçus ; dans ces conditions, le délire paraît indépendant de toute attaque : Ce ne sont pas les cas les moins difficiles en médecine légale. Ce délire a pour trait caractéristique de survenir brusquement et de se terminer de même.

Variable d'un sujet à l'autre, il peut durer jusqu'à quinze jours, restant souvent identique chez le même malade, comme l'impulsion, comme l'aura.

Tantôt le délire est général ; il représente alors un accès de manie aiguë : le malade déraisonne sur tout ; agité, violent, il se livre aux actes les plus extravagants ; le délire peut d'autres fois être constitué par un accès de mélancolie.

Tantôt, le délire est partiel et consiste en idées plus ou moins systématisées (grandeur, ambition, mysticisme, obscénité), et pousse le malade aux querelles, aux violences, d'autant mieux que le délire est fréquemment accompagné d'hallucinations pénibles ou terrifiantes.

Il est enfin une autre forme de ce délire : c'est celui qui est simplement constitué par l'inconscience des actes ; à ce délire se rapportent les fugues et l'automatisme ambulatoire. Au cours de ces états, le malade peut garder une attitude correcte ; mais il peut aussi accomplir alors une série d'actes étranges, bizarres, inconvenants, délictueux, criminels. C'est ainsi qu'on a vu un malade tuer sur son passage sept personnes.

Il est incontestable que l'aura psychique affecte

avec ces états divers d'étroits rapports. L'impulsion épileptique n'est-elle pas le plus souvent, pour ne pas dire toujours, la conséquence de l'aura psychique elle-même ? Ne pourrait-on pas en dire autant du délire, que celui-ci soit général ou partiel ?

On voit des malades, qui présentent une excitation soudaine, une dépression mentale inattendue, avec crise de mélancolie, de terreur, de répulsion pour l'entourage habituel, et qui, dans ces conditions, en arrivent à se livrer à des actes impulsifs.

Il est des malades, dit Dutil (1), qui, pris soudain d'impulsions irrésistibles, commettent des actes bizarres ou inconvenants, qui deviennent subitement et consciemment violents, coléreux, querelleurs, repoussent les personnes de leur entourage, et tombent en convulsions sur ces entrefaites.

A notre avis, l'aura psychique n'est que le premier temps, le temps conscient de l'impulsion ; à ce moment encore, le malade se rend bien compte de ce qu'il dit, de ce qu'il fait, il en aura même gardé le souvenir, quand, la crise terminée, il aura recouvré ses sens. Mais il nous dira alors qu'il subissait une influence irrésistible, de laquelle il n'était pas maître, et qu'il lui était impossible de ne point faire ce qu'il a fait. Un pas de plus, et nous avons l'impulsion épileptique elle-même, caractérisée, celle-ci, pas l'amnésie complète. Il nous semble que l'on puisse admettre que l'une n'est que la conséquence,

1. Dutil, *in* Bouchard et Brissaud.

le corollaire de l'autre, et qu'une aura psychique est presque toujours à la base d'une impulsion épileptique de quelque nature qu'elle soit.

Donc, toutes les fois que le médecin légiste est appelé à donner son avis, au sujet d'actes répréhensibles, commis par un épileptique immédiatement avant la crise comitiale, il doit, même si l'amnésie de l'accusé n'est pas complète relativement aux faits qui lui sont reprochés, conclure à l'irresponsabilité absolue du sujet, comme dans le cas d'une impulsion épileptique même.

CONCLUSIONS

1° Les auras sont rarement aussi nettes dans la réalité que dans les classifications ; des phénomènes d'ordres divers s'y manifestent ; en conséquence, toute classification n'a que la valeur d'un schéma ;

2° L'aura psychique existe : il importe seulement de ne pas la confondre avec les prodromes intellectuels, avec les impulsions, avec les hallucinations ;

3° Les auras font défaut chez la majorité des épileptiques ; elles existent environ dans un tiers des cas (36 sur 121) ;

4° La localisation de l'aura pourra, dans certains cas, préciser le siège de la lésion ;

5° En dehors des moyens empiriques, servant à arrêter la crise, l'aura peut encore amener la connaissance de moyens scientifiques, d'ordre chirurgical sans doute, basés sur une connaissance plus précise des localisations cérébrales.

Vu : le Président de la thèse,
RAYMOND

Vu ; le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Agricole. — Thèse, Paris, 1899.

Bianchini. — Revue neurol., 1904, p. 971.

Bourneville. — Rech. sur l'épilepsie.

Codepulli. — Revue neur., 1900, p. 516.

Capeletti. — Revue neur., 1900, p. 841.

Courtellemont et Touchard. — Bull. méd., 30 mars 1904.

Defossez. — Thèse, Paris, 1878.

Delasiauve. — Traité de l'épilepsie.

Durand. — Les auras dans l'épilepsie. Th., Paris, 1896.

Duchateau et de Moor. — Rev. neurol., 1900, p. 87.

Claus et Van der Stricht. — Pathogénie et traitement de l'épilepsie.

Dutil. — In Bouchard-Brissaud.

Féré. — L'épilepsie et les épileptiques.

Fleury (M. de). — Manuel pour l'étude des mal. du syst. nerv.

— Rech. cliniques sur l'épilepsie.

— Revue neurol., 1900, p. 157.

Faville (fils). — Thèse Paris 1857, et Annales médico-psychol.

Gélineau. — Traité des épilepsies.

Grasset et Rauzier. — In Brouardel et Gilbert.

Garnier. — Les vertiges avec délire.

Greidenberg. — Revue neurol., 1900, p. 613.

Hughlings-Jackson. — Revue neurol., 1900, p. 378.

— Brain, 1888, vol. XI, p. 179.

Gowers. — De l'épilepsie.

Legrand du Saulle. — Et. médico.-légale sur l'épileptique.

Lucchessi. — Rev. neurol., 1901, p. 87.

Lévi-Bianchini. — Rev. neurol., 1904.

Norman Henry. — Rev. neurol., 1900, p. 878.

Magnan.— Leçons clin. sur les mal. du syst. nerv., 1re partie, 1re leçon, pages 5–21 et suivantes.

Montagnini. — Rev. neurol., 1904, p. 241.

Raymond (Prof.). — Leçons sur les mal. du système nerveux, 1898–1899, p. 110, 5e série.

Ortali. — Revue neurol., 1904, p. 603.

O'Connor. — Thèse, Paris, 1893.

Schultze. — Revue neurol., 1900, p. 841.

Straptling. — Les aspects psychiques de l'épilepsie. Médecine, févr. 1904, p. 104.

Sallard. — In Debove et Achard, février 1904, p. 104.

Vibert. — Médecine légale, 1903.

Voisin. — L'épilepsie.

Wiell. — Thèse, Paris, 1899.

Imp. de la Faculté de Médecine, Bonvalot-Jouve, 15, rue Racine, Paris.